

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
CANCER DETECTION SECTION
CANCER DETECTION PROGRAMS: EVERY WOMAN COUNTS**

P.O. BOX 942732, MAIL STATION 428

SACRAMENTO, CA 94234-7320



參加計劃及提供個人 / 醫療資料同意書

健康服務部為無支付能力的婦女支付某些乳線癌和 / 或子宮頸癌檢查的費用。大多數婦女沒有癌症，對於少數患者來說，盡早發現癌症有可能挽救她們的生命。如果您簽署這份表格，表示您想參加這一計劃。明年我們會與您聯絡讓您再作檢查。如果您想參加這一計劃，您必須每年都簽署一份新的同意書。您隨時都可以停止參加計劃。


要看您是否可以參加計劃，您必須提供您的姓名，地址，出生日期，收入，和一些病史情況。提供這些資料也將幫助您獲得檢查的結果。其他資料，如您的社會安全號碼（如果您有的話）也會被問到，但您不一定要提供就可以做檢查。所有的資料都會為您保密。

您的姓名將不會在任何公開的報告中使用。某些資料可能會被健康服務部的其他項目和其他政府機構分享，我們會遵守所有保護您的個人資料的法律。健康服務部必須遵守歲入與稅收法第30461，6節及聯邦法典第15篇，第1501節的規定。

您將得到這份同意書復印件，如果您有任何問題，請向您的醫生詢問。您也可以打電話（916）327-2784或寫信到以下地址，要求查看記載您個人的資料的檔案記錄：


Chief, Cancer Detection Section
Cancer Detection Program: Every Woman Counts
P.O. Box 942732, Mail Station 428
Sacramento, CA 94234-7320

我，（請用正楷書寫您的姓名）同意參加加州健康服務部的乳腺癌 / 或子宮頸癌控制計劃。我也同意讓我的個人資料用於上述目的。我知道所有的資料將保密存放。我知道簽署本表格，表示我同意參加該計劃一年，而要參加明年的計劃，我必須簽署新的表格。

姓名 	日期
---	----

只有在需要證人時填寫：

我已閱讀過在本同意書中給上面所列姓名病人的資料。據我所知及判斷，我的結論是她明白上述資料並願意簽署本協議。

證人姓名 	正楷姓名	日期
---	------	----